

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 1

UN CAS DE TIC
DES
PEAUCIERS DU COU

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 5 Novembre 1919

PAR

M^{me} STOYANOVITCH, née BÉDERMANN (Sophie)

Née à Bachmont (Russie), le 19 décembre 1887

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examineurs
de la Thèse

{ DUCAMP, Professeur, *Président*.
RAUZIER, Professeur.
LÉENHARDT, Agrégé.
EUZIERE, Agrégé.

{ *Assesseurs.*



MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1919

UN CAS DE TIC
• DES
PEAUCIERS DU COU

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 1

UN CAS DE TIC DES PEAUCIERS DU COU

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 5 Novembre 1919

PAR

M^{me} STOYANOVITCH, née BEDERMANN (Sophie)

Née à Bachmont (Russie), le 19 décembre 1887

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)



Examineurs
de la Thèse

DUCAMP, Professeur, *Président*.

RAUZIER, Professeur.

LÉENHARDT, Agrégé.

EUZIÈRE, Agrégé.

Assesseurs.



MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1919

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✱).....	DOYEN.
SARDA (✱).....	ASSESEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O. ✱).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT (✱).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O. ✱).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. ✱).
Physiologie	HEDON ✱.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP (✱).
Anatomie.....	GILIS (✱).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (✱).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✱).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (II.)
Clinique médicale.....	RAUZIÉ (✱).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES (✱).
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (✱).
Chimie médicale	DERRIEN.
Microbiologie	N...
Clinique médicale.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✱).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, prof. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, prof. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU (O. ✱), a. l. c. c.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN ✱, a. l. ch. d. c.
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS (ch. de c.).
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agr. (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON (✱), docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELT (✱).	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (✱).	J. DELMAS (✱).	PECH (✱) ch. d'ag.
RICHE.	RIMBAUD (✱).	

Examineurs de la thèse :

MM. DUCAMP, prof., présid^t; RAUZIÉ, prof.; LÉENHARDT, agrégé;
EUZIERE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

S. STOYANOVITCH.

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR CARRIEU

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP

*qui nous fait l'honneur de présider
notre thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LÉENHARDT

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ EUZIÈRE

S. STOYANOVITCH.

UN CAS DE TIC

DES

PEAUCIERS DU COU

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion de voir et de suivre à l'hôpital un cas de tic des peauciers du cou. Sur les conseils de notre maître, M. le professeur Ducamp, nous avons fait des recherches bibliographiques sur cette question et nous en faisons aujourd'hui le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous relaterons donc en détail l'observation du malade, et nous étudierons ensuite, en différents chapitres, l'étiologie, la pathogénie, les symptômes, l'évolution clinique, le pronostic, le diagnostic et le traitement de cette affection.

OBSERVATION

(Due à l'obligeance de M. le professeur Ducamp)

Le 28 avril 1919 entre dans la salle Combal, service de médecine de M. le professeur Ducamp, le soldat André P..., du 81^e Régiment d'Infanterie.

Le diagnostic d'entrée est ictère. — Le début aurait eu lieu le 21 avril, progressivement, sans que rien puisse indiquer à quelle étiologie peut se rattacher ce syndrome. Le malade n'a jamais eu de crise ictérique. C'est sa première atteinte. Apparue sans coliques, sans démangeaisons. Révélée seulement par de l'anorexie et la teinte jaune généralisée.

Appareil digestif : Anorexie. Constipation. Selles noires selon les renseignements fournis par le malade.

Appareil circulatoire : Pouls petit à 60.

Appareil urinaire : Urines rouges, nettement ictériques, à reflets verdâtres.

Antécédents personnels. — Rougeole. Coliques (?) dans le jeune âge.

Antécédents héréditaires. — Mère atteinte d'ictère à l'âge de 30 ans.

Le malade est âgé de 24 ans et exerce la profession de secrétaire dans un bureau.

Actuellement on constate sur tout le corps une teinte jaune généralisée. Les sclérotiques présentent une coloration jaune foncé très accusée, qui se trouve également sous la langue.

Langue très saburrale. Ventre souple. Pas de douleur à la pression dans la région hépatique.

Foie augmenté de volume. La limite supérieure de la matité est un peu élevée. Elle commence à un travers de doigt et demi au-dessous du mamelon. La vésicule est distendue et perceptible à la palpation. Son bas-fond s'accuse douloureux à la percussion.

Rate normale.

Le malade est soumis au traitement par le calomel 1 gr. en 10 paquets d'heure en heure. Lavements froids.

30 avril. — Les matières sont décolorées. Les urines toujours très ictériques. Pouls ralenti à 56.

Le foie ne dépasse plus les fausses côtes.

Premier bruit tricuspide prolongé.

Dès lors on pose le diagnostic d'ictère par rétention et on continue le traitement par les lavements froids.

2 mai. — Mêmes signes. On ordonne :

Salol.	} à à 0 gr. 30	pour un cachet n° 3
Urotropine. .		

3 mai. — La limite inférieure du foie dépasse le rebord costal. On donne :

Théobromine. .	0 gr. 50	pour un cachet n° 3
----------------	----------	---------------------

6 mai. — Téguments encore très jaunes. Foie diminué de volume : 1 cm. au-dessus des fausses côtes, 3 cm. 1/5

au-dessous du mamelon. Pouls petit, faible. Cœur : premier bruit soufflé.

On supprime le salol et la théobromine. On continue les lavements froids et on donne :

Caféine	1 gr.
Benzoate de Na	1 gr.
Sirop d'écorces d'or. amères.	30 gr.
Julep.....q. s. p.	120 gr.

7 mai. — La coloration jaune s'atténue au thorax.

10 mai. — Calomel 0 gr. 10 en deux pilules.

21 mai. — Le foie reprend son volume normal.

31 mai. — Le malade sort avec le diagnostic d'ictère catarrhal prolongé et obtient une convalescence de 45 jours.

Le 12 juillet, P... arrive de nouveau dans le service de M. le professeur Ducamp pour « troubles gastro-intestinaux et palpitations ». Il se plaint de sensations d'oppression survenant 2 ou 3 heures après le repas, surtout le soir, et, pendant la nuit, il est souvent réveillé par des palpitations. En même temps il est pris de bâillements répétés et de vertige. Ces troubles ont débuté il y a trois semaines environ et ont augmenté jusqu'à ces jours derniers. L'état est maintenant stationnaire. L'appétit est conservé, il n'y a pas de vomissements, mais la constipation est habituelle. Pas de pyrosis. Pas de douleur à l'ingestion des aliments. L'interrogatoire nous apprend qu'il n'y a aucun trouble des diverses autres fonctions. Le malade a peu maigri et n'a pas de fièvre.

A l'examen, on note que le malade a encore le teint légèrement subictérique. La langue est saburrale. L'estomac est dilaté. On y provoque facilement le clapotage. Il n'y a pas de douleur à la pression. Le foie est aug-

menté de volume (il dépasse le rebord costal de 3 cm.), mais non douloureux.

Le ventre est souple. On trouve quelques gargouillements dans la fosse iliaque droite. On ne perçoit pas la rate.

Les bruits du cœur sont normaux comme énergie, fréquence et régularité.

L'appareil respiratoire est sain.

En examinant le malade, nous remarquons une contraction survenant fréquemment au niveau du peaucier du cou du côté gauche. A ce moment on voit les fibres du peaucier se dessiner nettement sous la peau en avant de la clavicule, obliquement de haut en bas et de dedans en dehors. Le menton reste immobile, et la commissure labiale gauche est à peine déplacée vers le bas. La face demeure à peu près impassible. Par contre la peau de la région pectorale glisse sur le plan sous-jacent et l'on voit très nettement le mamelon gauche entraîné à 3 ou 4 centimètres en haut et un peu en dedans à chacune de ces contractions. Cette mobilisation énergique et brusque de la peau d'une grande surface rappelle le mouvement que fait un cheval pour chasser les mouches. D'ailleurs le muscle peaucier est très développé chez notre malade.

Cette contraction est involontaire, mais le malade s'en rend compte. Du reste, il peut, dans une certaine mesure, l'empêcher pendant quelques minutes, mais elle ne tarde pas à reparaitre. Il peut également la provoquer soit à gauche, soit à droite, soit des deux côtés à la fois. Lorsque le malade n'influe pas sur son tic, il se produit à peu près toutes les minutes, durant à peine une seconde. Il n'est, d'ailleurs, pas régulier.

Il aurait apparu il y a une quinzaine de jours environ, sans cause appréciable, et ce sont les parents de P...

qui l'ont remarqué les premiers. Il aurait été, d'emblée, très fréquent et aurait même diminué légèrement. On ne peut savoir s'il persiste pendant le sommeil.

On ne note aucun mouvement pathologique dans les autres muscles. La motilité et la force sont conservées. L'écriture est normale. La sensibilité cutanée est intacte, mais il y a de l'anesthésie cornéenne et pharyngée. Pas de rétrécissement du champ visuel. Les réflexes rotuliens, achilléens, crémastériens et plantaires sont normaux.

Le caractère est facilement irritable, la volonté est faible ainsi que l'attention ; l'émotivité est très grande, mais l'intelligence ne paraît pas modifiée.

Antécédents personnels. — Né à terme, n'a jamais eu de convulsions. Pas de spécificité.

Antécédents héréditaires. — Parents sains. Mère nerveuse. Pas de tics.

Devant ce tableau clinique, on se contente de donner un régime léger et des alcalins pour combattre les troubles gastro-intestinaux, mais on lutte plus énergiquement contre le tic. On commence par agir sur la volonté du malade en lui faisant comprendre qu'il faut se guérir et que, s'il le veut, il le peut. On lui fait faire ensuite de l'immobilisation des mouvements, suivant une partie de la méthode de Brissaud. Enfin on ordonne des douches tièdes.

Peu à peu les mouvements anormaux deviennent plus rares et, un mois après le début, le malade a repris assez de volonté pour guérir complètement son tic.

C'est à l'étude de cette contraction à la fois involontaire et volontaire des peauciers du cou que nous allons maintenant consacrer quelque développement, essayant

d'établir que nous sommes ici en présence d'un tic véritable et non d'un spasme musculaire, ces deux syndromes se distinguant par des caractères propres qui permettent d'en établir le diagnostic.

Nous commencerons par donner une définition du tic. Nous en étudierons ensuite l'étiologie, la pathogénie et la symptomatologie, insistant particulièrement sur le diagnostic, et notant ce qu'il y a de particulier dans l'observation qui sert de base à notre thèse. Nous dirons quelques mots des méthodes de traitement employées.

HISTORIQUE

C'est avec Charcot que commence l'histoire des tics. Jusqu'à lui Debrou, Graves, Romberg, Niemeyer, Valleix, Axenfeld, confondent les tics et les convulsions. Brissaud établit dans sa leçon du 8 décembre 1893 la séparation entre ces deux manifestations névrosiques. Tics et convulsions localisées sont désormais deux chapitres différents de la pathologie.

Depuis, d'innombrables travaux ont paru tant en France qu'à l'étranger. Les noms d'Henry Meige et Feindel occupent une importante place dans la bibliographie de la question. Grasset rapporte le cas bien connu à Montpellier du tic du colporteur; Pitres et Cruchet ont contribué largement à l'étude de la question des tics.

Au point de vue du tic spécial dont nous rapportons l'observation, nous en avons trouvé deux autres cas dans la littérature médicale : celui de Testut et celui d'Oppenheim.

DEFINITION

Qu'est-ce qu'un tic? C'est, dit Henry Meige qui a consacré de nombreux travaux à cette question, un acte primitivement commandé par une cause extérieure ou par une idée et coordonné vers un but; par la répétition, cet acte passe à l'état d'habitude et finit par se reproduire involontairement, sans cause et sans but, en s'exagérant dans sa forme, dans son intensité et dans sa fréquence: il prend ainsi les caractères d'un mouvement convulsif et intempestif, répété à l'excès; souvent son exécution est précédée d'un besoin, sa répression cause un malaise; la volonté, la distraction peuvent le surprendre; il disparaît dans le sommeil.

Le tic apparaît chez des prédisposés; il coexiste fréquemment avec d'autres manifestations du déséquilibre mental.

C'est là une excellente définition qui s'applique à tous les tics véritables: brusquerie, arythmie, secousses systématisées, c'est-à-dire limitées à un certain nombre de muscles caractérisant le tic, comme y insistent M. le professeur Grasset et M. le professeur Rauzier.

Aussi peut-on dire avec Charcot « que le mouvement

complexe du tic n'est pas absurde en soi ; il est absurde, illogique, parce qu'il s'opère hors de propos, sans motif apparent ».

Toutes ces remarques s'appliquent d'une manière plus ou moins complète à notre cas. Il est sans doute difficile de trouver, derrière cette convulsion des peauciers, la cause extérieure, l'idée provocatrice, ou le but recherché primitivement, mais tous les autres caractères sont bien ceux d'un tic : brusquerie, secousses systématisées, mouvements intempestifs répétés à l'excès et ici limités à un ou deux muscles, répression par la volonté : Tels sont les caractères qui permettent d'affirmer qu'on est en présence d'un tic des peauciers.

ETIOLOGIE

Elle demeure essentiellement obscure. Il semble que les tics apparaissent de préférence au moment des transformations physiques et psychiques importantes, aux divers tournants de la vie, qu'on nous permette cette expression, c'est-à-dire : à la puberté, à la vieillesse et chez la femme au moment de la ménopause.

Mais il est un facteur qui paraît jouer un rôle prépondérant : l'hérédité névropathique et psychopathique. « Il y a, dit Meige, des familles de tiqueurs. » C'est là, la grande cause prédisposante, la grande cause mystérieuse qui domine si souvent l'étiologie dans les divers chapitres de la pathologie. Syndrome essentiellement névropathique, le tic n'y échappe pas, et c'est pourquoi il se rencontre chez des sujets qui bien souvent, pour ne pas dire toujours, présenteront des stigmates névropathiques à côté du tic proprement dit.

La jeune fille dont nous parle Testut était une hystérique manifeste. Notre sujet est aussi un névropathe absolument net. Son réflexe pharyngien est aboli. Interrogé sur le terrain psychique, il nous dit qu'il est devenu irritable. De plus, nous le voyons enclin à la

mélancolie. P... rentre dans la règle commune. C'est sur un terrain prédisposé que s'est installé le tic.

Il paraît difficile de faire entrer ici en ligne de compte l'imitation, qui joue souvent un rôle considérable, ou d'autres causes telles que le travail cérébral exagéré.

En fait, la cause provocatrice nous échappe, dans ce cas particulier, le point de départ du réflexe primitif demeure obscur. Ce n'est pas un cas exceptionnel. Chez ces malades tiqueurs il y a disproportion entre les excitations et les sensations, et l'on comprend dès lors comment une excitation minime peut donner naissance à une réaction sensitivo-motrice disproportionnée par rapport à la cause provocatrice. Ceci nous amène à la pathogénie.

PATHOGÉNIE

Elle est tangible pour certains tics et il est incontestable que le tic du clignotement des paupières s'explique par une genèse fort simple dont le point de départ serait représenté par une irritation au niveau de la conjonctive oculaire. L'épine irritative disparue, le mouvement réactionnel demeure quand il s'agit d'un sujet prédisposé.

Il est non moins certain qu'une idée peut engendrer un tic, et le rôle de l'imitation tient incontestablement une grande place dans la pathogénie des tics. Beaucoup de tiqueurs sont des imitateurs.

Selon que les tics produisent un mouvement plus ou moins coordonné, on peut avec le professeur Grasset en distinguer trois espèces : « Le tic psychique proprement dit, ou tic mental, qui dépend étroitement et directement d'une idée actuelle, qui réside dans l'intellectualité vraie ou supérieure, en O ; le tic bulbo-médullaire, à l'autre bout de l'échelle, qui n'a aucun des caractères du psychisme ; et le tic polygonal, qui a les caractères du psychisme inférieur, automatique, dont le centre est dans le polygone » (Meige).

C'est l'application à la pathogénie des tics de la théo-

rie du polygone du professeur Grasset. On le voit, le tic est généralement psychique. C'est un trouble psychomoteur et cet élément psychique est vraiment caractéristique. Il semble que le tiqueur ait perdu la faculté inhibitrice de son écorce cérébrale pour certains actes. Il est devenu en cela un automate.

Mais l'idée, la cause provocatrice qui expliquent si bien le point de départ pathogénique, peuvent passer inaperçus, et c'est là l'élément difficile du problème. Sans doute, avec la connaissance de l'excitation première, la pathogénie est nette, le réflexe complet. Quand il manque une des données du problème, elle est obscure. Dans ce cas, il ne faut point oublier le rôle du tempérament névropathique du tiqueur. Ce rôle paraît important surtout dans notre observation, où l'on ne saisit pas le point de départ de l'excitation provocatrice du réflexe. Peut-être l'épine irritative est-elle éloignée ? Dans tous les cas elle ne nous paraît pas décelable.

SYMPTOMATOLOGIE

Le tableau symptomatique est évidemment variable avec les sujets, parfois d'un moment à l'autre chez le même sujet.

Dans le cas P..., le tic est essentiellement représenté par une contraction du peaucier. Notons que ce tic est rare puisque nous n'en avons rencontré que deux cas signalés : celui de Testut et celui d'Oppenheim. Il semble qu'il existe cependant assez fréquemment associé à des tics de la face, et de fait les peauciers ne sont qu'une expansion de la musculature faciale.

Analysons donc cette contraction isolée du ou des peauciers chez notre sujet.

Cette contraction est apparue insensiblement sans que le malade s'en aperçoive. C'est son entourage qui attire son attention de ce côté. Par intermittences un peaucier ou les deux à la fois se contractent brusquement, restent en contraction pendant quelques secondes, puis tout rentre dans l'ordre.

La contraction est énergique et dessine très nettement le trajet des fibres musculaires du peaucier du cou. On voit la peau soulevée comme par de petites brides sail-

lantes depuis les commissures des lèvres jusque dans la région pectorale. Les brides se dirigent de haut en bas et de dedans en dehors, recouvrant la clavicule et s'étendant jusque sur l'acromion. Cette contraction est si énergique que toute la région pectorale est soulevée et que le mamelon correspondant au côté de la contraction s'élève, attiré par le muscle peaucier qui paraît avoir acquis un développement considérable par rapport à son volume normal.

En même temps les commissures des lèvres sont à peine abaissées et il faut une certaine attention pour en constater la déformation sous l'influence de la contraction. En somme, cette symptomatologie rappelle beaucoup celle que présentait la jeune hystérique de Testut.

Au point de vue anatomique on peut dire que le point remarquable de ces cas réside dans ce fait que les insertions fixes et mobiles des peauciers se sont interverties. A l'état normal, en effet, le point fixe du muscle siège à la ligne d'insertion inférieure au-dessous de la clavicule, en pleine région pectorale et jusque dans la région acromiale. Le point mobile est à la commissure des lèvres et à la mentonnière. De la sorte, la contraction musculaire intervient dans la mimique pour abaisser les commissures des lèvres. Tout autre est l'effet de la contracture du tic. Le peaucier a perdu son rôle mimique, car son insertion mobile est devenue l'insertion fixe, et, les commissures des lèvres restant immobiles, c'est la ligne d'insertion inférieure qui entraîne après elle la région correspondante.

Le tic se répète fréquemment chez P... Il suffit de l'examiner un moment pour le constater. En général les deux peauciers se contractent simultanément, parfois cependant l'un se contracte sans l'autre. La contraction

n'est pas tonique, car, si elle se maintient pendant quelques secondes, sa durée n'est pas suffisamment longue pour entraîner ces attitudes forcées et permanentes qui sont le propre des tics toniques : nous sommes manifestement en présence d'un tic clonique.

Le malade peut faire intervenir sa volonté, soit pour empêcher la contraction, soit pour la produire, et dans ce dernier cas il peut la produire soit à gauche, soit à droite, soit des deux côtés à la fois, et *ce caractère est d'importance majeure pour établir que nous sommes bien en présence d'un tic et non d'un spasme.*

A côté de ces symptômes qui constituent le tic proprement dit, il y a lieu de signaler les troubles divers qui l'accompagnent et qui ne sont en réalité que l'expression de la nature névropathique de ce syndrome.

Il nous paraît inutile d'insister sur les modifications musculaires des peauciers. Elles sont de toute évidence secondaires au tic lui-même. Un muscle qui travaille s'hypertrophie et l'on conçoit facilement que le peaucier soumis à un travail exagéré n'échappe pas à la loi commune.

Bien plus intéressants sont les *troubles de la réflexivité*. Le *réflexe pharyngien* est totalement aboli. Il est curieux de voir avec quelle facilité, mieux avec quelle quasi indifférence le sujet supporte le manche d'une cuiller introduit jusqu'au contact de la paroi pharyngienne postérieure. Pas la moindre réaction, pas le moindre signe de gêne, de nausée.

Il y a plus : le *réflexe cornéen* n'existe pas davantage, et l'on peut à loisir promener la pulpe digitale sur le globe oculaire sans que les paupières viennent s'interposer. Il n'y a pas d'autres stigmates hystériques. Mais

l'abolition de ces deux réflexes nous paraît déjà suffisante pour établir la réalité du terrain névropathique.

Cette réalité devient tangible quand on étudie l'état mental de P... Ne nous dit-il pas qu'il est devenu irritable, et qu'il a une tendance à la tristesse ? De fait il est irascible et fort préoccupé de son état, et, un degré de plus, il en arriverait à l'obsession, résultat d'un introspection.

C'est bien là l'état mental du tiqueur. « La plupart de leurs actes manquent de pondération, nous dit Meige dans son excellent article du *Traité de médecine* de Bouchard. L'irrégularité et l'insuffisance du contrôle cortical favorisent l'apparition et le développement des idées fixes, des impulsions, des obsessions..... Les tiqueurs ont fréquemment une tendance excessive à s'analyser (introspection) et c'est là l'origine ou la manifestation d'une foule d'idées mélancoliques et hypochondriaques. »

Chez un sujet qui présente des contractions intermittentes des peauciers du cou, contractions disparaissant la nuit et sur lesquelles la volonté peut arriver à exercer son contrôle, l'existence d'un semblable état mental complète et réalise le tableau clinique d'un tiqueur.

EVOLUTION

Elle est essentiellement variable suivant les individus. Chez ces névropathes des modifications constantes apparaissent qui modifient l'allure du syndrome. Le tic pourra envahir ou se superposer à un ancien tic, disparaître pendant quelque temps pour reparaitre ensuite. Parfois guérir spontanément sans que rien puisse indiquer le pourquoi de cette guérison.

Chez P... la marche a été moins capricieuse. Sous l'influence du traitement les contractions se sont atténuées graduellement, si bien qu'à sa sortie de l'hôpital elles ne se produisaient plus que sous l'influence de la volonté.

En pareil cas on peut parler de guérison.

PRONOSTIC

Il est généralement bénin. Cependant une mention spéciale doit être faite pour les tics apparaissant chez les vieux. Ici le pronostic est extrêmement réservé, car le tic devient la manifestation de la déchéance corticale dont l'activité ne peut plus exercer son influence modératrice.

Mais, à part ce cas particulier, le tic ne constitue qu'une infirmité gênante, pour le sujet et parfois même pour l'entourage.

Il faudra d'autre part tenir compte, dans l'établissement du pronostic, de l'état mental. Il est souvent beaucoup plus préoccupant que le tic lui-même.

Dans notre observation le pronostic est essentiellement bénin, puisque les contractions ont pu être guéries et que l'état mental n'a présenté comme troubles qu'une tendance très modérée à la mélancolie et à la colère.

DIAGNOSTIC

En présence d'une contraction musculaire limitée à un muscle ou étendue à un groupe de muscles, la question se pose ici de savoir si on est en présence d'un tic ou d'un spasme. Le diagnostic est parfois épineux, difficile. C'est à Meige et Feindel que l'on doit d'avoir établi les caractères distinctifs des tics et des spasmes.

Pour eux le grand signe, le signe capital et essentiel qui permet d'établir le diagnostic, est l'influence que la volonté exerce sur l'acte convulsif. La volonté réprime-t-elle l'acte, on est en présence d'un tic. La volonté est-elle au contraire impuissante, on est en présence d'un spasme. « Le mouvement d'un tic est un acte coordonné, dit Meige. Le spasme est un phénomène réflexe dont le centre n'a jamais été que spinal ou bulbo-spinal. Le tic est une réaction motrice qui a été, primitivement du moins, élaborée par le cerveau avant de devenir automatique. »

Indépendamment du rôle de la volonté dans l'établissement du diagnostic, on tiendra compte de ce fait que le tic disparaît dans le sommeil, tandis que le spasme persiste la nuit. L'étude de la contraction elle-même

aiguillera le diagnostic. La contraction du spasme n'a rien de coordonné, à l'inverse de celle du tic.

Le tic est toujours indolore. Le spasme peut être douloureux.

Ces caractères permettront ainsi de différencier le tic et le spasme de la face dans lequel la contraction est progressive et s'accompagne d'une poussée vaso-motrice.

Citons pour mémoire le diagnostic différentiel entre les tics et la chorée de Sydenham, l'astasia-abasie, les mouvements athétosiques, les tremblements divers de la paralysie agitante, de la sclérose en plaques, de l'intoxication mercurielle, etc.

Notre cas est parfaitement défini comme tic. Cette contraction limitée à un muscle, indolore, soumise à l'influence de la volonté tant en ce qui concerne sa production qu'en ce qui concerne sa répression, tels sont les caractères qui nous permirent d'établir le diagnostic de tic des peauciers.

TRAITEMENT

A côté d'agents médicamenteux plus ou moins inefficaces, de l'hydrothérapie, du massage et des appareils orthopédiques imaginés pour certains tics spéciaux, il faut signaler comme méthode efficace : la méthode de Brissaud qui, suivant Meige, établit une régularisation méthodique des actes psycho-moteurs.

« Elle emploie deux procédés combinés : l'immobilisation des mouvements et les mouvements d'immobilisation. Le premier est un entraînement à conserver l'immobilité pendant un temps progressivement croissant, le second apprend à régulariser tous les gestes en remplaçant les mouvements involontaires incorrects et intempestifs par des mouvements voulus, corrects, opportuns » (Meige). C'est la discipline psycho-motrice de Brissaud et Meige.

Enfin Meige emploie la gymnastique en miroir. Le miroir reflète les fautes, impitoyablement, et aide à leur correction.

On a conseillé en outre, dans certains cas, l'isolement et même l'alitement.

CONCLUSIONS

I. — Le tic est un acte involontaire primitivement commandé par une cause première qui le plus souvent nous échappe. Il est caractérisé par sa brusquerie, par la possibilité de l'arrêter sous l'influence de la volonté.

II. — L'étiologie en est toujours obscure: l'hérédité névropathique et psychopathique constitue la grande cause prédisposante.

III. — La pathogénie, tangible dans certains cas où tous les éléments du réflexe se retrouvent, nous échappe le plus souvent en raison même de l'inopportunité du mouvement qui constitue le tic, de l'éloignement ou de l'insignifiance de l'épine irritative qui a été le point de départ du réflexe.

IV. — La symptomatologie varie avec chaque tic. Elle comprend un élément essentiel, le mouvement convulsif, et des éléments connexes, tels que troubles de la réflectivité et état mental particulier.

V. — L'évolution est capricieuse. Le pronostic généralement bénin.

VI. — Le diagnostic se pose entre le tic et le spasme, le premier disparaissant dans le sommeil et étant influencé par la volonté, caractères qui n'existent pas dans le second.

VII. — Le traitement peut être insignifiant, se réduire à des antispasmodiques ou à l'hydrothérapie. Dans d'autres cas, on fera appel à la méthode de Brissaud ou de Meige.

BIBLIOGRAPHIE

BRISAUD. — Tics et spasmes cloniques de la face (Journal de médecine et de chirurgie pratiques, janvier 1894).

— La polyurie des dégénérés (Presse médicale, 1897).

BRISAUD et Henry MEIGE. — La discipline psycho-motrice (Archives générales de médecine, 1903).

CARRIEU (Marcel) et MILHAUD. — Un cas de tic du peaucier du cou (Sud médical [sous presse]).

CRUCHET. — Etude critique sur le tic convulsif et son traitement gymnastique (Bordeaux, 1902).

FAGE. — Dictionnaire Dechambre (article Tics).

FRENKEL (de Toulouse). — Spasme primitif avec mouvements fibrillaires continus (Société de neurologie de Paris, 4 juin 1903. — Revue neurologique, 30 juin 1903).

GRASSET. — Leçons de clinique médicale, 1896. Tic du colporteur (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1897, n° 4).

— Pathogénie du tic (Congrès de Grenoble, 1902. — Revue neurologique, 30 août 1902).

HÉNAUT. — Contribution à l'étude des tics obsédants (Thèse de Bordeaux, 1903).

LETULLE. — Dictionnaire de Jaccoud (article Tics).

MOURIER. — L'hémispasme facial vrai, non douloureux (Thèse de Lyon, 1903).

MEIGE (Henry) et FEINDEL. — Les associations du torticolis mental (Archives générales de médecine). — Les tics et leur traitement (Paris, Masson, 1902. — Presse médicale, 1905).

MEIGE (Henry). — L'aptitude catatonique et l'aptitude échopraxique des tiqueurs. Les exercices thérapeutiques de détente (Congrès de Madrid, avril 1903).

— Tic et écriture (Gazette hebdomadaire, 12 juin 1902).

— Tics des lèvres. Cheilophagie. Cheilophobie (XIII^e Congrès des aliénistes et neurologistes. Bruxelles, 1903. — Journal de neurologie, 1903).

— La procession dansante d'Echternach (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1909).

— Le spasme facial. Ses caractères cliniques distinctifs (Revue neurologique).

— Les mouvements en miroir. Leurs applications pratiques et thérapeutiques (Congrès de Limoges, 1901).

NOIR (Julien). — Les tics chez les dégénérés, les imbéciles et les idiots (1893).

RAYMOND et Pierre JANET. — Névroses et idées fixes.

GRASSET et RAUZIER. — Traité des maladies nerveuses.

RUDLER et CHOMEL. — Tic du chiqueur (Soc. de neurologie de Paris, 1904).

— Tic de l'ours chez le cheval et les tics d'imitation chez l'homme (Soc. de neur. de Paris, 4 juin 1903. — Revue neurologique, 15 juin 1903).

— Analogies entre les tics et stéréotypies de léchage chez l'homme et chez le cheval (Soc. de neurologie de Paris, janvier 1904).

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 24 novembre 1919.

P^r le Recteur,

Le Doyen délégué,

MAIRET.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 24 novembre 1919.

Le Doyen,

MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.
